

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 157

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE
A GAUCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léopold AROUD

Né le 2 Janvier 1873, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 157

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE
A GAUCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léopold AROUD

Né le 2 Janvier 1873, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène.	COURMONT.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON(A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; VALLAS, *Assesseur* ;
MM. NOVÉ-JOLSERAND et BÉRARD *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer nos sentiments de gratitude pour les maîtres éminents auxquels nous sommes redevable de notre instruction médicale.

Que M. le professeur Poncet, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, dont il est l'inspirateur, nous permette de lui exprimer ici notre respectueuse reconnaissance.

Nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs agrégés Vallas et Jaboulay deux observations très intéressantes de localisation gauche d'abcès d'origine appendiculaire, nous leur en adressons l'assurance de notre profonde gratitude.

Nos sincères remerciements à notre vieil ami M. Mailland, interne des hôpitaux, ainsi qu'à M. Therenot, moniteur de clinique, qui ont bien voulu nous faciliter ce travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE A GAUCHE

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Dans ces quelques pages, nous nous proposons d'étudier une forme bien spéciale de l'appendicite, dont la connaissance, croyons-nous, offre une certaine importance clinique. Il s'agit des cas, plus nombreux qu'on ne le croit généralement, de localisation à gauche de l'infection iléo-cæcale.

Sous le terme général d'appendicite à gauche, nous comprenons l'ensemble des manifestations d'origine appendiculaire siégeant à gauche de la ligne ombilico-pubienne, que ces manifestations soient consécutives à un appendice congénitalement ou pathologiquement déplacé, qu'elles ne soient que la propagation anormale à gauche de troubles ayant pris naissance à droite sur un appendice normal ou qu'enfin, elles coexistent avec d'autres symptômes siégeant au lieu d'élection. Il arrive parfois que ces phénomènes revêtent exactement les mêmes formes que celles que l'on constate d'habitude au niveau de la fosse iliaque droite, c'est-à-dire, allant

de la simple douleur avec réaction péritonéale à peu près nulle (douleur rappelant la classique colique appendiculaire de Talamon) jusqu'aux formes les plus graves avec péritonite généralisée, en passant par la série intermédiaire : abcès enkysté, péritonite localisée et autres nombreuses manifestations inflammatoires. Mais, par le fait même de son siège anormal, cette forme d'appendicite pourra plus d'une fois tromper l'attention du clinicien ; ce n'est que par une étude approfondie du malade et des différents symptômes que présentera son affection qu'il pourra poser le diagnostic précis duquel découlera le traitement. C'est pourquoi nous croyons faire œuvre utile en tirant quelques conclusions pratiques des cas signalés jusqu'à présent.

Passons en revue les multiples publications qui, dans ces dernières années, ont traité de l'appendicite, parcourons les communications faites à ce sujet dans les différentes Sociétés savantes, nous serons frappés du petit nombre d'observations relatives au cas qui nous intéresse.

Si nous en exceptons Foges (*Soc. imp. roy. méd. de Vienne*, mars 1896), qui admet que 40 pour 100 des appendicites diagnostiquées présentent des phénomènes du côté gauche (proportion évidemment exagérée), la plupart des auteurs classiques ne mentionnent guère que la forme appendiculaire droite.

Jalaguier (*Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*); Courtois Suffit (*Traité de Médecine Charcot-Debove*); Talamon (*De l'appendicite, Bibl. Charcot-Debove*); Ricard (*Gaz. Hôpitaux*) n'en disent que quelques mots, Quelques observations isolées de Schwartz, Le-

gueu, Routier, Monod, résument, jusqu'à ces dernières années, l'état de la question en France.

A l'étranger, dès 1893, Fowler consacrait à la question un court mémoire. Plus récemment, Harris et Fox publiaient le plus grand nombre des observations connues jusqu'à ce jour.

A quoi nous faut-il attribuer cet oubli relatif ? A la pénurie des cas, ou simplement à l'absence de diagnostics fermement posés ? Pourtant, les observations sont moins rares qu'on ne le croit généralement et, d'autre part, bien des faits rapportés à des sygmoïdites, myosites, etc., ne reconnaissent pour *primum movens*, autre chose que l'inflammation de l'appendice.

Termet et Vanverts, dans un excellent travail publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1897, donnent les premiers, en France, une étude d'ensemble sur la question.

A cette monographie, ainsi qu'à la thèse de Barbet (Paris, 1898), nous ferons plus d'un emprunt.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA SITUATION DU CÆCUM ET DE L'APPENDICE

Les manifestations à gauche de l'appendicite relèvent, avons-nous dit plus haut, de deux ordres de faits : ou bien d'une situation anormale à gauche du cæcum et de l'appendice (due soit à une inversion totale, soit à un allongement ou à une laxité particulière de ses ligaments), ou bien d'un appendice né normalement à droite, mais de longueur exagérée et en position gauche, fixé ou non dans cette position par des adhérences antérieures.

Avant d'étudier les conditions anatomiques particulières, pouvant donner lieu à une de ces dispositions, rappelons succinctement la situation normale de l'appendice et du cæcum dans la cavité abdominale. Situé dans la fosse iliaque droite, qu'il remplit en grande partie, le cæcum est entouré par le péritoine qui l'enveloppe à peu près en entier, réalisant ainsi l'heureuse et classique expression de Tuffier « la main peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde »,

Cette disposition, bien longtemps méconnue, est aujourd'hui universellement admise. Rappelons que sa connaissance a permis de détrôner l'ancienne typhlite et pérityphlite et de mettre sur le compte de l'appendicite la plupart des méfaits qu'on leur attribuait autrefois.

L'appendice se réunit au cæcum, au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la face postéro-interne de celui-ci.

Dans la grande majorité des cas, on sait que cette origine de l'appendice, rapportée à la paroi antéro-latérale de l'abdomen, occupe le milieu d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic; c'est également à ce niveau que se trouve le point classique de Mac Burney, où siège au début la douleur fixe de l'appendicite. La direction et les rapports très variés que peut présenter l'appendice avec les organes voisins offrent un intérêt tout particulier à la connaissance de notre sujet.

Fergusson prend une moyenne de 200 cas : l'organe serait situé 19 fois sur la face externe, sur le côté droit du cæcum, par conséquent; il se dirigerait 11 fois directement en bas; 18 fois en dedans; 75 fois il serait en rapport avec la paroi postérieure du cæcum.

D'après Lafforgue, sa direction générale est descendante dans 40,5 des cas, et parfois (le plus souvent même, d'après Clado) il atteindrait le bassin et entrerait en rapport avec les organes de cette région, le rectum, l'ovaire, la vessie, etc.; ce n'est que plus rarement 19,5 pour 100, qu'il se porte en dedans du côté gauche, par conséquent vers les anses de l'intestin grêle. Sa position

ascendante (dans laquelle il remonte en arrière du cæcum et du côlon ascendant) lui permettant d'entrer en contact avec le foie, le rein, etc., est plus rare encore, puisque, toujours d'après Lafforgue, on ne la mentionnerait que dans 13 pour 100 des cas.

Enfin sa situation en dedans, vers le fascia iliaca, est tout à fait exceptionnelle. Aidé de ces brèves considérations d'anatomie normale, nous allons essayer maintenant d'étudier les particularités que doivent présenter le cæcum et son appendice pour que, dans l'inflammation de ce dernier, nous puissions expliquer les manifestations anatomo-pathologiques et cliniques ayant leur siège à gauche.

A. Appendicites à gauche

dues à une anomalie de situation du cæcum et de son appendice.

La localisation à gauche des signes de l'appendicite, présentant une analogie complète avec l'appendicite normale est très rare.

Un des cas les plus démonstratifs à ce sujet est celui constaté par Pujol. Il s'agit d'un monstre exencéphale au sixième mois environ; l'autopsie révéla le cæcum dans la fosse iliaque gauche, fait résultant non pas d'une inversion proprement dite, mais d'un repli du côlon transverse en son milieu, disposition telle que sa moitié droite venait s'appliquer sur sa moitié gauche, le côlon ascendant se superposant sur le côlon descendant et

l'appendice vermiculaire répondant alors à la face antérieure de l'S iliaque.

Legueu n'a constaté personnellement aucun fait de ce genre. Cependant (dans le *Bull. de la Soc. anatom.* du 3 février 1890, Situation anormale du cæcum chez l'Enfant), il rapporte un cas qui lui fut signalé par Michel. En raison de son intérêt tout particulier, nous croyons devoir le rapporter en entier. Michel, à l'autopsie d'un homme de quarante-sept ans mort de tuberculose, constate la disposition suivante :

« La fosse iliaque droite était occupée en entier par des anses de l'intestin grêle, le péritoine qui la tapissait était lisse et uni ; la fosse iliaque gauche, au contraire, donnait asile au cæcum qui s'y présentait de la façon suivante : il était en rapport par sa face postérieure avec l'S iliaque et se trouvait réuni à ce segment intestinal par un mince ligament péritonéal d'une longueur de 4 à 6 centimètres. Le côlon ascendant, loin d'occuper la région lombaire droite, se dirigeait obliquement, de bas en haut et de gauche à droite, vers la partie supérieure de l'abdomen ; arrivé au niveau du pylore, un peu en dedans de la vésicule biliaire, il formait un coude pour se continuer avec le côlon transverse. Celui-ci, long de 8 centimètres environ, n'offrait pas de disposition anormale : après avoir atteint la grosse tubérosité de l'estomac, il redescendait (côlon devenant descendant) obliquement vers la fosse iliaque gauche où il plongeait profondément. Le revêtement péritonéal du cæcum était complet, l'organe était entouré en toute son étendue par la séreuse et jouissait d'une mobilité à peine restreinte par ses con-

nexions avec l'S iliaque. L'appendice, d'une longueur de 6 centimètres, était lui aussi revêtu par la séreuse qui lui formait un méso. Pas d'autres anomalies viscérales. »

A ces deux faits véritablement intéressants nous pourrions ajouter cette autre observation due également à Legueu : un enfant entré dans le service de Lannelongue pour une fièvre typhoïde, présentait dans la région rénale gauche un empâtement remontant vers la fosse iliaque du même côté et vers la paroi abdominale. A l'autopsie, on se trouva en présence d'une perforation de l'appendice situé, comme le cæcum, au-devant du rein gauche.

Ces faits de cæcums et d'appendices congénitalement déplacés, quoique peu fréquents, peuvent donc par eux-mêmes donner la clef de certains phénomènes appendiculaires développés du côté qui nous occupe.

Les hernies inguinales gauches du cæcum sont relatées en assez grand nombre par Pujol dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1896.

Avant lui, le D^r Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, signalait l'observation d'un malade du service de M. le professeur Poncet entré pour une hernie inguinale gauche datant de dix-huit ans, assez réductible et indolore et qui, brusquement, à la suite d'un traumatisme, augmenta de volume, devint irréductible et s'accompagna d'un certain nombre de phénomènes ressemblant à ceux de l'étranglement herniaire. La kélotomie pratiquée par M. le professeur Poncet permit de reconnaître dans la masse herniée, à côté d'une anse de l'intestin grêle, le cæcum et son

appendice dur et rempli d'une substance molle ayant tout l'aspect de matière fécale.

Tout récemment, Schwarz signalait le fait suivant : un homme de quarante-cinq ans avait eu deux années auparavant une hernie inguinale gauche étranglée offrant le volume d'une tête d'enfant. L'opération faite au seizième jour montra dans cette hernie une partie de l'iléon et du côlon ascendant, le cæcum et l'appendice perforé. — D. Schwarz (Agram). *Perforative appendicitis in ein Scrotalhernie*) Liecnicki Viestnik, 1898, n° 3 (Hongrie).

Poussant l'investigation plus loin, peut-être pouvons-nous nous demander la cause de ce déplacement du cæcum.

Sans parler, bien entendu, des cas extrêmement rares d'inversion totale des viscères, nous considérerons tout d'abord le déplacement du cæcum comme conséquence d'un arrêt dans sa migration. De ce fait, il se cantonnera dans la région ombilicale ou se portera légèrement à gauche de la ligne médiane, ou enfin se dirigera franchement vers la gauche. L'appendice occupera donc la face postérieure du grand droit gauche, pourra s'avancer dans la région de l'hypocondre et même jusque dans la fosse iliaque gauche.

Le méso-côlon fort court, on le conçoit, fixera le cæcum dans cette attitude. Disposition signalée trois fois dans les 104 observations de Fowler (obs. III IV, V.)

A côté de cet arrêt de développement, nous pouvons admettre comme cause du déplacement du cæcum un allongement anormal de ses ligaments et de son appa-

reil suspenseur, amenant une grande mobilité de l'organe.

Cette mobilité sera, naturellement, d'autant plus exagérée que ces ligaments feront totalement défaut.

Longueur et mobilité du méso-appendice et du repli iléo-appendiculaire, telle serait encore, au dire de Pujol, une cause assez importante du déplacement à gauche de l'appendice d'abord, puis, consécutivement, du cæcum. « L'appareil ligamenteux de l'appendice vermiculaire, dit ce dernier auteur, lui laissant une mobilité infiniment plus grande que celle très restreinte dont jouit le cæcum, peut-être pourrait-on admettre que, dans quelques cas, l'organe primitivement hernié a été l'appendice, lequel aurait entraîné le cæcum à sa suite. » L'observation de Gessler (obs. VI.) justifie pleinement cette explication.

Bonn et Von Arx citent deux observations de déplacements du cæcum et de son appendice dus à des causes bien différentes. Il s'agissait, dans l'espèce, de scolioles : la colonne vertébrale se portait à gauche, tandis que le bassin était dévié à droite, d'où, par conséquent, diminution considérable de la distance séparant normalement le cæcum de la fosse iliaque gauche. (Obs. VIII.)

B. Appendicites à gauche dues à la longueur exagérée et à la direction transversale gauche de l'appendice.

Il nous resté maintenant à étudier les cas d'appendicites à gauche provenant d'un appendice né normale-

ment, mais qui en raison de sa direction et de sa longueur particulière, se reporte vers la ligne médiane et même se termine dans la fosse iliaque gauche.

Lafforgue et Fergusson, nous venons de le voir d'après leurs statistiques, ont trouvé plusieurs fois cet organe comme noyé au milieu des anses de l'intestin grêle. Pour que l'inflammation d'un appendice ainsi dirigé puisse donner naissance à des symptômes du côté gauche, il faut qu'il remplisse une des conditions signalées plus haut ou bien qu'il offre une longueur anormale, ou bien qu'il soit fixé par son extrémité à gauche de la ligne médiane par des adhérences pathologiques.

Les données anatomiques nous apprennent que la longueur moyenne de l'appendice est de 6 à 12 centimètres. Mais cet organe est sujet à d'assez grandes variations personnelles. Gegenbaur en a observé un de 20 centimètres, Ribbert un de 21, Cruveilhier et Lannelongue un de 22, Luschka un de 23. Il est manifeste que ces appendices exagérés en longueur auront tendance à se déplacer dans tous les sens.

Les faits dans lesquels l'appendice né à sa place normale sera fixé en position gauche par des adhérences, ne sont évidemment pas rares. En effet, toutes les manifestations infectieuses ou inflammatoires ayant intéressé le péritoine de l'abdomen avec retentissement sur le péritoine péri-appendiculaire, pourront, par le fait des adhérences et des fausses membranes, fixer cet appendice soit à l'S iliaque du côlon, soit à un des organes situés à gauche. On conçoit dès lors que l'inflammation cantonnée à son extrémité puisse provoquer des phénomènes à gauche de la ligne médiane. Tels sont

les cas cités par Harris. Cet auteur trouva, à trois reprises différentes, dans des cas d'appendicite à gauche, cet organe fixé par son extrémité une fois à l'S iliaque et deux fois à la paroi antéro-latérale gauche.

Nous avons observé nous-même un fait analogue chez une femme de quarante ans : son appendice était fixé à la partie postérieure de l'ovaire gauche par suite d'une inflammation du péritoine due à une salpingo-ovarite antérieure.

Nous rapporterons plus loin (obs. II) le cas très intéressant constaté par M. le Dr Fourmier (d'Amiens), d'un appendice siégeant sur le côté gauche de l'utérus.

Ces considérations concernant les dispositions anormales du cæcum et de l'appendice nous semblent suffisantes pour expliquer les différentes variétés de manifestations à gauche de l'appendicite que nous avons annoncées au début.

Les localisations franchement à gauche, sans qu'elles proviennent d'un point de départ à droite, ne pourront relever que de deux faits : ou bien, déplacement complet de l'appendice et du cæcum, ou bien inflammation localisée uniquement à l'extrémité d'un appendice en position gauche et fixé dans cette position. Les cas dans lesquels nous constatons des symptômes des deux côtés à la fois, nous paraissent relever de l'inflammation totale d'un appendice en position gauche.

Dans cette dernière catégorie, croyons-nous, devront prendre place ces propagations péritonéales gauches à forme suppurative donnant lieu aux péricymoïdites si bien décrites par Obratzoff. Enfin, n'oublions pas en terminant que, quelquefois, une péritonite généralisée

consécutive à la perforation d'une appendice en position normale ou à la rupture d'un abcès, peut présenter son maximum de phénomènes inflammatoires à gauche, bien que le point de départ soit à droite (obs. X). Bénard, dans sa thèse inaugurale publiée sur cette variété d'abcès appendiculaires une observation fort curieuse, tirée du service de M. Jaboulay (obs. VIII).

Nous rapportons également un cas très intéressant, dû à l'obligeance de M. le professeur Vallas, d'un abcès en kyste d'origine appendiculaire, ouvert à gauche au niveau d'une épiplocèle crurale, Obs. XI.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des différents cas de l'appendicite à gauche, à part l'anomalie de son siège, se différencie assez peu, cliniquement, de ceux de l'appendicite ordinaire. A gauche comme à droite, nous pouvons retrouver le processus appendiculaire classique allant de la simple colique de Talamon avec réaction péritonéale très minime ou même nulle, jusqu'à l'appendicite avec péritonite enkystée ou généralisée.

L'appendicite, lorsqu'elle éclate en son siège ordinaire, présente un ensemble de symptômes très nets lui conférant une autonomie bien spéciale et qui facilite d'autant le diagnostic. C'est, tout d'abord, le point de Mac Burney ; la douleur éclate en un point situé du milieu d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Cette douleur à la fois subjective et objective, parfois symptôme unique de l'appendicite, éclate d'ordinaire brusquement. Son siège bien spécial, ses caractères de brusquerie, d'intensité, constituent un des éléments les plus importants du diagnostic.

A côté de la douleur, l'hypéresthésie cutanée et la défense musculaire doivent entrer pour une large part, et cette triade symptomatique sur laquelle le profes-

seur Dieulafoy a particulièrement attiré l'attention, donne à l'appendicite son allure si spéciale. Les vomissements, la fièvre, les symptômes d'abcès, révélant plus particulièrement la réaction du péritoine, permettront de reconnaître la gravité des lésions inflammatoires et de formuler par conséquent, et le pronostic et les indications thérapeutiques.

Ces symptômes, nous pouvons les retrouver à gauche, mais, dans ce cas, leur siège anormal trompera bien souvent le clinicien et ce n'est que par une analyse minutieuse qu'il parviendra à mettre au compte de l'appendice ce qu'il serait tenté d'attribuer à un autre facteur.

Parfois, mais rarement, la triade symptomatique de l'appendicite pourra exister à gauche et là seulement.

L'observation qui nous a été communiquée par M. le professeur Poncet en est un exemple remarquable (obs. I).

Plus fréquemment, les symptômes pourront exister des deux côtés. Telles sont plutôt les observations recueillies par Obratzoff et décrites par lui sous le nom de péri-sygmoidites. Enfin, la bilatéralité des symptômes pourra se manifester, non seulement dans l'appendicite avec péritonite circonscrite ordinaire, mais également dans l'appendicite avec péritonite généralisée.

A. Appendicites avec localisation uniquement à gauche.

Nous serons bref sur ces cas ; du moment qu'il s'agit

surtout de phénomènes inflammatoires éclatant dans la fosse iliaque gauche, la symptomatologie ne différera en rien (à l'exception du siège anormal) des symptômes de l'appendicite éclatant en son siège normal.

Au contraire, les observations d'appendicite avec bilatéralité des symptômes sont d'une fréquence bien plus grande et elles sont dues évidemment à une propagation à gauche d'une péritonite iliaque droite.

B. Appendicites avec bilatéralité des symptômes.

La péritonite iliaque droite peut ne pas rester limitée ; d'après Obratzoff, l'extension se ferait suivant une direction bien déterminée : soit en haut, sur le cæcum et le côlon ascendant, soit en bas, dans le petit bassin, sur l'angle sigmoïde du côlon et de là sur l'S iliaque jusque dans la fosse iliaque gauche ; dans le premier cas, nous aurons une pérityphlite ; dans le deuxième, une périsygmoïdite.

Les symptômes de la périsygmoïdite, plus tardifs que dans la pérityphlite, n'apparaissent guère que cinq à six jours après le début de l'affection. Outre les phénomènes subjectifs, tels que mictions et défécations douloureuses, douleurs autonomes dans la fosse iliaque gauche, etc., on a trouvé ici des signes physiques de la plus grande netteté : saillie de la paroi et matité au-dessus du pubis allant de la fosse iliaque gauche transversalement ou plus souvent encore obliquement en haut et à droite.

Arrivée sur le bord externe du grand droit, cette matité descend alors jusqu'au pubis le long de ce même bord externe.

Le point le plus culminant de la saillie abdominale se trouve à deux travers de doigts de l'ombilic, toujours près du bord externe du muscle droit de l'abdomen. « Parfois, ce point culminant existe sur la ligne médiane et la saillie rappelle, par sa forme en poire, la vessie distendue. Sans parler du cathétérisme, toujours décisif en pareil cas, la tumeur se distinguera encore de la distension vésicale par ce fait que sa percussion ne révèle pas une matité franche, mais plutôt un mélange de matité et de tympanisme. » Comme dans la pérityphlite, la périsygmoïdite se distingue par la dilatation et l'épaississement de l'anse du côlon donnant à la palpation la sensation d'un bourrelet très douloureux; souvent aussi on perçoit du gargouillement. « L'iliaque dilaté (le diamètre atteint parfois jusqu'à 8 ou 9 centimètres) ne descend pas directement dans le bassin, mais forme une anse rappelant par sa configuration un Ω , et directement appliqué contre la paroi abdominale, d'où, saillie, résistance, matité et douleur au-dessus de l'arcade pubienne de la fosse iliaque gauche ». Dans la pérysigmoïdite, l'inflammation ne s'étend généralement pas sur le côlon descendant, pas plus que dans la pérityphlite, elle ne s'étend que sur le côlon transverse.

Par la percussion, on peut constater nettement le passage d'un segment d'intestin douloureux, mat, résistant, à un autre segment dilaté, tendu, mais indolore et donnant la sonorité du côlon descendant. A quoi

devons-nous attribuer ce brusque changement de symptômes? Nous ne pensons pas qu'il faille soupçonner une différence de contenu dans chacun des segments intestinaux. Il faut admettre que la matité et la douleur bien localisées au niveau de l'S iliaque sont dues à l'épaississement du péritoine pariétal et à l'exsudat inflammatoire. Dans la péricygmöidite, les symptômes à droite existent, justifiant ainsi la classification que nous en avons faite, mais là, ils sont considérablement atténués.

La durée de la péricygmöidite est plus longue que celle que de l'appendicite : elle varie, d'après Obratsoff, entre trois semaines et deux mois et même dans certains cas peut aller jusqu'à trois et quatre mois.

Il ne nous semble pas qu'à l'exemple de Termet et Vanverts, de Barbey, nous devions faire un chapitre spécial des appendicites à gauche dues à l'expansion d'une péritonite généralisée éclatant à droite.

Toute proportion gardée, d'après la gravité plus grande des symptômes, ces cas offrent une analogie remarquable avec ceux dont nous venons d'essayer l'analyse.

Outre les signes bien particuliers de la péritonite généralisée, dus à la perforation de l'appendice, nous retrouvons des symptômes capitaux identiques à ceux de la péricygmöidite : même matité, même sensation de résistance, même passage au cæcum, au côlon ascendant où à l'S du côlon.

DIAGNOSTIC

A part les cas où l'affection aura débuté dans la fosse iliaque droite, on comprend la difficulté d'établir le diagnostic d'appendicite à gauche. Sans doute, une similitude absolue de symptômes observés dans la fosse iliaque gauche, avec ceux que l'on rencontre dans l'appendicite classique, attirera tout d'abord l'attention du médecin (obs. de M Poncelet), mais il est rare que les faits se présentent avec une si grande netteté.

Devant un sujet présentant des phénomènes généraux, tels que : douleur, ballonnement du ventre, vomissements, siégeant à gauche dans la fosse iliaque, on pourra penser à une occlusion intestinale, par étranglement interne (*volvulus*), à la colique saturnine ; la suppression des selles et l'absence d'évacuation des gaz par l'anus, symptômes à peu près pathognomoniques, au dire de Tillaux, de l'occlusion intestinale, feront rejeter la première hypothèse ; pour la seconde, on se basera sur les commémoratifs, la profession du sujet, sans toutefois y attacher une importance absolue, comme le démontre une observation de Frœnkel (obs. IX).

On songera encore à l'ostéomyélite du bassin, sur-

tout si les symptômes locaux sont accompagnés d'un état général grave.

Chez la femme, la périmétrite avec empâtement des ligaments larges, les annexites gauches attireront l'attention. Le toucher vaginal, la constatation que la tumeur est mobile avec l'utérus, lèveront les doutes.

Citons, pour mémoire, la possibilité d'une hernie de l'ovaire chez la femme, ou d'une ectopie du testicule chez l'homme.

Les adénites inguinales douloureuses pourraient prêter aussi à la confusion, mais le sujet précis de ces dernières nous les fera éliminer.

TRAITEMENT

La difficulté d'établir un diagnostic précis d'appendicite à gauche devra écarter de l'esprit du praticien l'idée d'une intervention chirurgicale immédiate.

Le repos absolu au lit, les antiphlogistiques (sang-sues, application de glace), des injections sous-cutanées de morphine données avec mesure, calmeront le malade et amèneront la détente péritonéale. Une fois ce premier résultat obtenu, on s'efforcera, par un régime alimentaire rigoureux et de légers purgatifs, de ramener le bon fonctionnement de l'intestin.

Le traitement palliatif qui convient parfaitement aux formes très bénignes de l'appendicite est le plus souvent insuffisant, et l'on devra dans la plupart des formes que nous avons signalées lui préférer le traitement chirurgical.

Dans les cas d'appendicite à répétition avec poussées douloureuses très fréquentes, jointes à des troubles abdominaux intercalaires amenant un épuisement rapide du malade, on ne devra pas hésiter à proposer l'appendicectomie qui, d'après la règle formulée par Trèves, devra toujours être pratiquée dans l'intervalle de deux crises,

Si l'appendicite se complique de péritonite généralisée donnant à la maladie cet aspect si terrible de l'infection péritonéale : péritonisme du ventre, facies angoissé, pouls très rapide en désaccord avec la température qui est peu élevée ; s'il existe dans la cavité abdominale un abcès profond (ce dont on s'assurera par le toucher rectal) ; on devra s'abstenir d'une intervention que le malade ne pourrait supporter.

Le choix de l'incision sera très variable, suivant le siège des phénomènes inflammatoires. On pourra, selon les cas, pratiquer une laparotomie latérale, au niveau du bord externe du grand droit gauche ; une laparotomie centrale sera indiquée lorsque les phénomènes, toujours à gauche, seront assez rapprochés de la ligne médiane, ou dans le cas d'appendicite avec symptômes bilatéraux.

D'une façon générale, toutes les fois que les symptômes d'abcès seront manifestes, on fera une incision évacuatrice suivie de drainage au point où la collection sera le plus souvent abordable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(M. le professeur Poncet).

*Appendicite aiguë siégeant du côté gauche.
Tumeur en plastron. Terminaison par résolution.*

Au mois d'août 1899 M. le professeur Poncet fut appelé en consultation auprès de M. J... atteint d'une affection abdominale aiguë.

D'après les renseignements fournis par le malade et son entourage, le début des accidents remontait à huit jours. A cette date le malade qui, depuis une quinzaine de jours avait de la constipation et des troubles gastro-intestinaux, fut pris d'une douleur aiguë siégeant dans la fosse iliaque gauche en dehors de l'ombilic, douleur offrant tous les caractères d'une appendicite aiguë au début.

En même temps que ces phénomènes douloureux, survenaient des vomissements et un état nauséux qui persista pendant vingt-quatre heures ; la température s'élevait alors à 39 degrés. Lorsque M. Poncet examina le malade la fièvre avait, pendant ces huit jours, oscillé entre 38 degrés et 38°,7 et était alors à 38°,2.

Dès le troisième jour le malade et le médecin traitant ont constaté une tuméfaction notable siégeant entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Le malade présentait, en outre, tous les signes d'une affection intestinale aiguë : langue sale, pâteuse, anorexie, insomnie, etc.

Lorsque M. Poncet examina ce malade, il constata dans la région indiquée la présence d'une tumeur étalée presque du volume du poing, douloureuse au toucher, et offrant tous les caractères d'une lésion inflammatoire aiguë, telle qu'on l'observe journellement dans l'appendicite à forme normale. Le ventre était légèrement ballonné, indolore au toucher dans les régions avoisinantes; le toucher rectal ne révélait aucune particularité. En raison du siège anormal de cette tuméfaction inflammatoire, aucun diagnostic n'avait été porté. M. Poncet fit le diagnostic d'appendicite aiguë à siège anormal gauche, et en présence du bon état général du malade et de la tendance à rétrocéder de l'affection, il écarta toute idée d'intervention. Sous l'influence du repos complet au lit et d'un traitement résolutif local, l'état général continua à s'améliorer et trois semaines après toute tuméfaction paraissait avoir disparu.

Le diagnostic d'appendicite était, en outre, corroboré par ce fait que vingt-cinq ans auparavant M. J..., étudiant en droit à Paris, avait eu des accidents de même ordre siégeant à gauche. A deux ou trois reprises, à cette époque, il avait eu, au même niveau, des douleurs avec coliques plus ou moins vives qui avaient disparu après quelques heures de repos.

« Enfin, dans cette région, il avait toujours conservé

un peu de sensibilité anormale, sous l'influence d'une pression un peu fortement exercée.

Actuellement, M. J... jouit d'une bonne santé mais en pressant fortement la région indiquée on provoque une légère douleur.

OBSERVATION II

D^r Fournier (*Gazette médicale de Picardie*,
janvier 1900).

Une femme de dix-neuf ans, chétive et anémiée, fait une fausse couche le 19 décembre dernier et, depuis lors, elle se plaint du ventre. Elle entre dans le service de M. Fournier le 24 janvier, et accuse dans la fosse iliaque gauche des douleurs qui la gênent au point de lui interdire la marche et toute profession.

Le palper bimanuel révèle que du côté droit les annexes sont normales, tandis qu'à gauche de l'utérus il y a une tumeur douloureuse, de consistance assez dure, du volume d'une petite orange, accolée et soudée au bord gauche de l'utérus, au point de faire corps avec cet organe et de se déplacer avec lui. Malgré que l'utérus soit en légère rétroversion, rectiligne, et adhérent par sa face postérieure, on peut le mobiliser quelque peu et percevoir le déplacement de la tumeur, qui semble en connexion intime avec cet organe.

Comme d'autre part la douleur provoquée n'est pas excessive, on pense à une grossesse extra-utérine ou à une salpingo-ovarite gauche, adhérente à l'utérus.

La laparotomie est pratiquée, elle fait constater l'intégrité de la trompe et de l'ovaire droits. Sur le côté gauche de l'utérus, on décolle une masse inflammatoire dans laquelle se trouve de l'intestin : cæcum et abouchement du côlon. Ces organes sont séparés en bloc d'une poche située entre le ligament rond et les annexes gauches. L'ovaire et la trompe gauches, quoique tout à fait voisins de la masse inflammatoire sont absolument sains. « Alors, dit M. Fournier, je m'occupe du cæcum, dont j'enlève tous les exsudats et, à son extrémité, est une masse dure renfermant quelques gouttes de pus, et qui n'est autre que l'appendice enflammé et détruit complètement par les tissus néoplasiques. »

OBSERVATION III

(Ryerson Fowler, *Med. News*, 25 novembre 1893.)

Garçon de seize ans. Début par douleurs abdominales, nausées et vomissements. Le Dr Fowler le vit le deuxième jour.

L'abdomen était distendu avec un empâtement un peu plus prononcé à *gauche*. On constatait une zone de sensibilité de 3 pouces environ, au-dessus du grand droit *gauche*, commençant à l'ombilic et s'étendant en bas. Matité dans le flanc et la fosse iliaque gauches. La sensibilité était surtout aiguë dans la région lombaire *gauche*, s'étendant jusqu'au bord inférieur des côtes en arrière. Le diagnostic d'*appendice gauche* fut fait, et le même jour on fit la laparotomie médiane. Une grande

quantité de sérosité purulente s'écoula du péritoine. On trouva une large cavité suppurée à gauche de la ligne médiane, répondant au siège de la matité constatée. La tête du côlon et le cæcum étaient déviés de leur position normale, recourbés à gauche et en haut vers l'ombilic, et perdus au milieu de fausses membranes adhérentes.

Le malade succomba le troisième jour.

L'autopsie montra l'appendice gangrené et perforé ; le cæcum était situé à gauche de la ligne médiane, de niveau avec l'ombilic. Outre l'abcès péritonéal, il existait une deuxième cavité purulente communiquant avec la première et s'étendant en haut et en arrière dans le *tissu cellulaire* rétro-péritonéal.

OBSERVATION IV

(Ryerson Fowler, *Med. News*, 25 novembre 1893.)

Homme de dix-neuf ans, entré à l'hôpital avec les signes d'une péritonite septique, sept jours après le début de l'affection. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, le médecin avait constaté au-dessous du grand droit *gauche* une tumeur qu'il avait rapportée à un engorgement fécal. Au début, les douleurs abdominales avaient été généralisées.

A l'incision de l'abdomen il s'écoula une grande quantité de sérosité purulente libre dans la grande cavité péritonéale. Le cæcum fut trouvé immédiatement derrière l'ombilic, regardant à gauche ; l'appen-

dice situé sous le grand droit gauche, juste au-dessous de l'ombilic.

On n'enleva pas l'appendice à cause de l'état général du malade. Mort quelques heures après l'opération.

Autopsie : appendice gangrené et perforé, dans la situation ci-dessus décrite.

OBSERVATION V

(Ryerson Fowler, *Méd. News*, 25 novembre 1893.)

Femme de vingt-cinq ans, qui fut prise brusquement de coliques violentes avec nausées et vomissements. Le ventre était douloureux partout ; avec une douleur un peu plus marquée au niveau du bord externe du grand droit à *gauche*. On crut à une simple colique intestinale.

Quarante-huit heures après, en se levant pour uriner, la malade ressent une douleur vive à *gauche* de l'ombilic, suivie bientôt de douleurs généralisées avec collapsus intense et mort au bout de sept heures.

L'autopsie montra une appendicite perforante. Le cæcum était maintenu par un court méso-côlon, presque directement au-dessus du promontoire sacré ; l'appendice recourbé en haut et en dehors au-dessous du grand droit gauche, était épaissi, infiltré et perforé à la partie moyenne. Péritonite généralisée.

OBSERVATION VI

(Geissler, *Zeits. f. med. Chir. und Geburt*,
1867, p. 534.)

Femme de soixante-dix ans, cachectique, atteinte de hernie inguinale double ; à droite, petite hernie inguinale réductible ; à gauche, hernie inguinale, en forme de sablier, dans le même état depuis trente ans, entrant dans la grande lèvre gauche, la tumeur inférieure de la grosseur d'une noix ; la supérieure du volume d'un œuf de pigeon. Sensibilité de l'abdomen, surtout à la pression. Diarrhée et ballonnement du ventre. La tumeur gauche se laisse un peu refouler dans le canal inguinal. Après trois semaines, la malade succomba.

Autopsie : Dans le canal inguinal gauche l'on trouva l'appendice vermiforme à parois épaissies, avec un étranglement au milieu. Le cæcum était logé derrière la symphyse et remontait vers l'ombilic. Il aurait contracté des adhérences cartilagineuses avec la paroi abdominale antérieure et l'intestin grêle ; son calibre était fortement augmenté.

OBSERVATION VII

(Von Arx. Cæcum in einer Scrotalhernie *Corresp.*
Bl. f. Schw. Oertze, 1^{er} déc. 1886).

Autopsie. — Homme de quatre-vingt-deux ans, avec xyphose très prononcée de la colonne vertébrale ; le bord inférieur des fausses côtes touche presque le bord supérieur du bassin.

Hernie scrotale bilatérale qui atteint le tiers inférieur de la cuisse ; la tumeur a la grosseur d'une tête d'adulte. Dans le sac herniaire gauche, l'on constate comme contenu, tout l'intestin grêle et, derrière lui, le cæcum avec son appendice, ainsi que le commencement du côlon ascendant, qui avait, avec le cæcum, une longueur de 20 centimètres. Cette partie (cæcum et côlon ascendant) était absolument libre et mobile dans le sac et présentait un long méso-côlon. Le reste du côlon ascendant passait sur la vessie dans la direction de l'anneau droit, où il formait une tumeur herniaire droite, avec un morceau d'épiploon de la grosseur d'un poing. Il n'y avait aucune adhérence au sac. Les testicules étaient situées des deux côtés derrière le contenu de la hernie. La séreuse de tout le canal intestinal se trouvait considérablement épaissie.

OBSERVATION VIII

(Tirée de la thèse de Benard dans le service de M. Jaboulay.)

Le 8 novembre 1898 entrant à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jaboulay, un jeune homme de seize ans, porteur d'un abcès des bourses.

Les antécédents héréditaires du sujet ne présentaient rien de particulier à noter. Rien non plus dans les antécédents personnels.

Le début de l'affection remontait à une quinzaine de jours. Le malade ne pouvait préciser d'une façon nette la manière dont avait commencé les accidents. Il aurait ressenti une pesanteur et une lourdeur dans les bourses, surtout à *gauche*; la région se serait peu à peu tuméfiée et enfin il y a trois jours se serait établie à la partie antérieure de la bourse gauche une fistule purulente. De plus, par l'orifice, s'écoulait une assez grande quantité de pus très fétide. Pas d'écoulement blennorragique. Pas de signe de tuberculose. En outre, la lésion locale ne présentait pas les signes habituels de la bacillose. En effet, à l'entrée du malade on constate une tuméfaction portant sur la bourse gauche. Cette tuméfaction, à la vue, remonte vers le canal inguinal. On constate de plus la présence d'une fistule antérieure et non postérieure, fistule d'abcès et non rétractée en cul-de-poule. D'ailleurs, toute la lésion avait bien plutôt l'aspect d'un abcès chaud que d'une collection froide.

En surplus, aucune tare bacillaire, rien aux poumons.

Mais en interrogeant soigneusement le malade on apprenait que quinze jours avant le début des accidents purulents, il aurait ressenti dans la fosse iliaque droite une douleur assez vive, consécutive à la constipation.

Le malade avait dû cesser tout travail, mais il n'avait pas gardé le lit. Le ventre était uniformément ballonné et douloureux.

En présence de ces symptômes, M. Jaboulay porta le diagnostic d'appendicite suppurée avec migration de pus dans la bourse *gauche* à la faveur de la persistance du canal vagino-péritonéal. Pendant l'opération faite le 10 novembre, le diagnostic fut confirmé en tout point. M. Jaboulay fit une incision au niveau de la fistule purulente. Il arriva sur une poche qui n'était rien moins que la vaginale. En haut se trouvait un pertuis.

En l'incisant et en remontant on ouvrit au fur et à mesure un étroit canal purulent, situé au milieu des éléments du cordon et traversant le canal inguinal. Le dessin pris pendant l'opération montre que le trajet purulent est en plein dans la gaine du cordon. Étalaé, il présente çà et là des dilatations ou des étranglements d'une façon irrégulière. D'une manière générale, on peut dire qu'il se rétrécit en approchant du canal inguinal. Arrivé au canal inguinal, M. Jaboulay en écartant l'orifice avec le doigt fit sortir une grande quantité de pus d'odeur intestinale.

Le malade présentant un mauvais état général, il

préféra le laisser en repos et reporter à plus tard la résection de l'appendice.

Les suites opératoires furent assez simples. D'abord soulagé par l'intervention, le jeune malade se remonte un peu, mais petit à petit les douleurs abdominales se firent de plus en plus fortes, l'état général déclinait tous les jours.

Le 5 décembre, nouvelle opération. Laparotomie abdominale. On arrive sur un gros abcès, inclus dans une cavité de péritonite enkystée au fond de laquelle on trouve un appendice gangreneux. La ligature posée à la base de l'appendice l'ampute en partie. Résection et suture.

Depuis l'intervention, le malade, malgré un large drainage eut des phénomènes généraux assez accusés. Le pouls était petit, l'appétit nul, les vomissements verts, porracés, étaient fréquents. Enfin, ballonnement très marqué du ventre et constipation absolue que ni purgations ni lavements ne peuvent vaincre.

Le 17 décembre le malade mourait.

A l'autopsie, outre les lésions appendiculaires habituelles, on constate des lésions de péritonite ancienne. Les anses intestinales étaient très dilatées et par places agglutinées. En outre, vers la partie terminale de l'intestin grêle, on trouve un volvulus ; une anse intestinale s'est étranglée sur une bride formée par l'adhérence de la partie terminale de l'épiploon, à une anse d'intestin grêle, ce qui explique les phénomènes d'occlusion constatés les derniers jours. De plus, vers l'anse sigmoïde, on constate une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et par où sortent quelques matières,

En résumé, lésions appendiculaires, volvulus, perforations intestinales.

OBSERVATION IX

(A. Frankel, Société de médecine interne de Berlin,
5 janvier 1891.)

Compositeur d'imprimerie qui fut pris de coliques abdominales et n'avait pas de fièvre. La fosse iliaque droite n'était pas douloureuse ; les phénomènes douloureux étaient localisés à gauche. On pensa à une colique^e de plomb.

Peu à peu se développa une tuméfaction qui atteignit la région ombilicale et dépassa à droite la ligne médiane. Après une ponction exploratrice, qui révéla l'existence du pus fécaloïde, on fit l'opération.

L'abcès descendait dans le petit bassin et contenait un demi-litre de pus. Peu de temps après la plaie livra sortie à des matières fécales.

Guérison complète.

OBSERVATION X

(De M. le Dr Ch. Monod, tirée de l'article de
MM. Termet et Vanverts.)

*Appendicite. — Péritonite généralisée avec gros
foyer à gauche.*

Homme de dix-neuf ans, pris brusquement dans la

nuit du 18 au 19 mars 1893, d'une vive douleur dans le ventre. La veille et les jours précédents, le malade avait été à la selle régulièrement. Le 19 mars, selle noirâtre. Le 20, douleurs dans tout l'abdomen, avec maximum dans la fosse iliaque droite; vomissements verdâtres peu abondants, pas de selle, fièvre.

Au moment de son entrée dans le service de M. Monod (22 mars), l'état est le suivant : facies grippé, langue saburale, température 37°5, pouls 96, ventre douloureux et ballonné; empâtement très douloureux à la pression et très nettement délimitable dans la fosse iliaque droite, faisant une saillie appréciable à la vue, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale; matité à ce niveau. *Glacé intus et extra*; lait, 5 centigrammes d'extrait d'opium.

23 mars. — Hoquet; pas de vomissements. Température : 37°5; le soir, 38 degrés.

24, 25, 26 mars. — Amélioration; la douleur et le ballonnement diminuent; la tuméfaction de la fosse iliaque droite est moins marquée; selle spontanée; quelques vomissements; facies meilleur; la température reste cependant à 38 degrés, 38°5; pas de pus dans les selles.

27 mars. — Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

28, 29 mars. — Etat stationnaire; selles; quelques vomissements; on ne retrouve plus de tuméfaction péricæcale.

30 mars. — Aggravation; douleurs abdominales plus vives; météorisme très marqué; langue sèche; soif vive; facies très grippé; vomissements; deux selles. On con-

state qu'il existe, à gauche de l'ombilic, de la douleur plus vive et de la submatité. La température, qui était à 37 degrés le matin, monte à 39 degrés le soir; pouls 120.

31 mars. — Facies péritonéal accentué; sueurs froides et visqueuses, abondantes; pâleur et refroidissement des extrémités; température 37°4; pouls 120 à 130 degrés, irrégulier, petit; respiration haletante; soif vive; vomissements, ventre très météorisé et très douloureux, surtout à gauche.

Laparotomie immédiate : incision médiane au-dessous de l'ombilic; dès l'ouverture du péritoine épaissi, écoulement d'un liquide séro-purulent. Anses intestinales agglutinées par de fausses membranes et du pus. La main, introduite dans la cavité péritonéale, trouve à gauche une poche renfermant du pus fétide. A droite, vers le cæcum, poche formée par des adhérences intestinales et renfermant du pus séreux.

On ne peut constater nettement les lésions du cæcum et de l'appendice.

Lavage à l'eau bouillie. Mèche de gaz iodoformée dans les deux fosses iliaques et la portion médiane de l'abdomen.

Suture incomplète de la plaie pariétale.

Durée de l'opération, quarante-cinq minutes (chloroformisation comprise).

Pas de choc opératoire; une demi-heure après, le malade réveillé se trouve mieux.

Soir, à 4 heures. — Température 38 degrés, pouls petit à 120.

A 8 heures : sueurs froides, nez pincé, extrémités

glacées, pouls imperceptible, température 39 degrés, dyspnée, vomissements verdâtres.

1^{er} avril. — Température 38°8; pouls 120, meilleur que la veille; vomissements nettement porracés; langue rosée; diarrhée jaunâtre; dyspnée; sueurs froides; connaissance complète. Injections de caféine et de sérum artificiel (30 grammes).

2 avril. — Aggravations. Mort à 3 heures du soir avec une température de 39°05.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Dans le petit bassin, vaste collection purulente, recouverte par la masse intestinale adhérente au détroit supérieur, Exsudats fibrineux dans la fosse iliaque gauche. Appendice de 3 centimètres de longueur, situé en place normale; son extrémité gangrenée baigne dans le pus; pas de corps étranger.

Bactériologie du pus. — Streptocoque surtout, staphylocoque blanc et un bacille qui n'a pu être classé; pas de bacterium coli.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. Vallas.)

Abcès de la fosse iliaque gauche d'origine appendiculaire, suivie de péritonite enkystée ouverte à gauche au niveau d'une épiplocèle crurale.

16 juillet 1895. — Malade envoyé par M. Josserand

pour des phénomènes d'étranglement : vomissements, constipations, douleurs abdominales, météorisme.

A l'examen. — On constate une hernie *gauche* (épiplocèle) mais pas de douleur, pas de tension à ce niveau. Les douleurs ont leur siège maximum dans la fosse iliaque droite.

L'état général n'étant pas mauvais, M. Vallas met le malade en observation.

21 juillet. — Les vomissements n'ont pas reparu. Météorisme assez considérable, constipation. Les douleurs qui siégeaient nettement à droite présentent leur maximum à *gauche*.

23 juillet. — Légère élévation de température.

L'état général s'aggrave, M. Vallas se décide à intervenir. Incision de la hernie au-dessous de l'arcade crurale. Ses téguments largement ouverts, on tombe sur une masse gélatineuse infiltrée, œdémateuse, de coloration verdâtre, qui recouvre immédiatement le sac. Ouverture du sac ; on se rend compte que la hernie est constituée par de l'épiploon et n'est pas étranglée. A l'ouverture du sac, il s'écoule un liquide louche d'abord, puis franchement purulent.

L'incision primitive est alors agrandie et transformée en laparatomie iliaque. Un peu de pus s'échappe alors de la cavité abdominale.

La cavité est abondamment lavé ; on laisse deux drains en canon de fusil.

Pansement.

2 août. — Pas de température, état général assez bon. Les douleurs ont disparu. Le malade part à Longchêne complètement guéri. La plaie est cicatrisée.

CONCLUSIONS

Bien qu'assez rarement diagnostiqués, nous croyons que les accidents à gauche de la ligne médiane d'origine appendiculaire sont plus fréquents qu'on ne le pense ordinairement. Nous avons pu réunir onze observations à ce sujet.

Ces accidents nous paraissent dus à deux ordres de faits différents :

1° A une situation anormale gauche du cæcum et de son appendice, soit par transposition des viscères (faits rares), soit par arrêt de leur développement ou laxité de leurs ligaments ; 2° à un appendice prenant naissance normalement sur le cæcum, dans la fosse iliaque droite, mais d'une longueur exagérée et d'une direction transversale gauche.

Cliniquement, l'appendicite à gauche peut revêtir deux modalités bien distinctes : ou bien les symptômes se présenteront uniquement du côté gauche, ou bien les signes du côté gauche coïncideront avec des phénomènes appendiculaires à droite, soit qu'ils les précèdent, soit qu'ils coexistent avec eux, soit qu'ils les suivent.

Lorsqu'il y a bilatéralité des symptômes, le diagnostic

ne nous paraît pas présenter de difficulté; au contraire, lorsque les symptômes sont localisés uniquement à gauche, il deviendra particulièrement délicat: il faudra d'abord éliminer les différents abcès de la fosse iliaque gauche consécutifs à une infection de voisinage, penser ensuite à l'occlusion intestinale (volvulus), aux annexites, à la colique de plomb, etc.

Le traitement ne diffère en rien de celui de l'appendicite ordinaire.

Vu:

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. PONCET.

Vu:

LE DOYEN

LORTET.

Vu et permis d'imprimer;

Lyon, le 4 juin 1900

LE RECTEUR PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBET, De quelques cas anormaux d'appendicite avec abcès iliaque gauche (th. de Paris, 1898).
- BÉNARD, Des localisations extra-péritonéales de l'appendicite (th. de Lyon, 1898).
- BENNETT et CUNNINGHAM, Anatomie de la hernie cæcale congénitale, Londres, 1888.
- CLADO, Anatomie et embryologie de l'appendice cæcal (Bull. de la Soc. de biol., janvier 1892, p. 140).
- COURTOIS-SUFFIT, Dans le Traité de médecine, Charcot-Bouchard. DAMAYE, th. de Paris, 1895.
- DIEULAFOY, Path. int. Dixième édition, p. 305.
- FOGES, Soc. imp. roy. méd. de Vienne, mai 1896, dans Semaine médicale, 1896.
- FOURNIER (d'Amiens), Un cas d'appendicite à gauche (Bulletin médical, mai 1900, tiré de la Gazette médicale de Picardie).
- GEISSLER, Zeits. f. Med. Chir. und Geburt., 1867, p. 534.
- JACOB, th. de Paris, 1893.
- JALAGUIER, Traité de chirurgie, Duplay-Reclus, t. VI.
- HARRIS, Journ. Amer. Assoc., 21 déc. 1895.
- LEGUEU, Développement et situation du cæcum chez l'enfant (Bull. Soc. anat., 1891. Monographie sur l'appendicite).
- LEROY, th. de Paris, 1897.

NOVÉ-JOSSERAND, Tumeur de l'appendice vermiforme, développé dans un sac herniaire inguinal gauche, contenant le cæcum (Lyon médical, 3 janvier 1892, p. 14).

OBRATZOFF, Médecine moderne, 1895, p. 409.

PIARD, th. de Paris, 1895.

POIRIER, Traité d'anatomie humaine.

PUJOL, De la hernie inguinale gauche du cæcum (Gaz. des Hôp., octobre 1896).

ROUTIER, Bull. de la Soc. de Chir., 15 oct. 1890. p. 630 (Presse méd., 1895, p. 98).

RYERSON FOWLER, Med. News, 25 nov. 1893.

TALAMON, La colique appendiculaire, 1900.

TERMET et VANVERTS, De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (Gaz. des Hôp., oct. 1896).

VON ARX, Cæcum in einer Scrotalhernie Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze, déc. 1886.

